

DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTOPer velocizzare la liquidazione della pratica si prega di completare **tutti gli elementi identificativi** richiesti

Dipendente =	← Scegliere con "X" il proprio stato e indicare qui sotto l'Azienda di appartenenza:
Pensionato =	
Azienda	
ISCRITTO (Socio)	Nr.Matric.Az.
ASSISTITO [*]	Data nascita / /
Medico di base-SSN (da indicare in ogni caso)	Data inizio prestaz. / /
	Data fine prestaz. / /

[*]Per **ogni assistito** (iscritto o familiare) compilare un **Modulo separato**.

E' possibile raggruppare più prestazioni (con stesso anno di riferimento), se l'assistito è la medesima persona.

FOCAS**Spese ORDINARIE****Modulo per Opzioni Speciali miste 3, 3/F, 4**

↓ Inserite qui un numero a vostra scelta che permetta l'identificazione della pratica per eventuali contatti

Nr.RICHIESTA	← Nr identificativo della pratica [pregasi <u>non riutilizzare</u> lo stesso numero]
Compilatore	
Visto ESECUZ.	

TIMBRO: Nr.Protocollo e Data arrivo

Opzioni Speciali miste: 3, 3/F, 4**a cura del Socio****Riservato a Segret.Focas**

Cod / Sub	Prestazioni (cod. 09, 20, 40 e 60 non previsti per opz.4)	Nr.	Spese dichiar.	Sp.riconosciute	Nr.	Imp.rimborso
01	02 Visite medico specialistiche / SSN (tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	01 Visita medica specialistica libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
05	01 Esami sanitari, accert. diagnostici presso SSN / ticket	.....	.....	.....	.....	.....
	02 altri Controlli sanitari presso SSN / ticket	.....	.....	.....	.....	.....
	40 Esami sanitari, accert.diagnostici in libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
	42 altri Controlli sanitari in libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
08	04 Prestaz.terapeut.integr.supplementari/ SSN (tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	40 Prestaz.terapeut.integrat.supplem in libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
	42 Contributo speciale psicoterapie/ in libera professione	.....	.....	.....	.....	.....
09 non per opz. 4	02 Prestaz.sanitarie ambulat.ordinarie./ SSN (tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	03 Prestazioni integrative Medico base (non tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	04 Prestaz. sanitarie di pronto soccorso SSN (tickets)	.....	.....	.....	.....	.....
	01/10 Prestaz.mediche ambulator./Day Hospital strutt.Priv.	.....	.....	.....	.....	.....
	39 Assistenza al parto domiciliare	.....	.....	.....	.....	.....
20 non per Opz.4	30 Medicinali prescrivibili SSN/ fascia A-B-C	.....	.....	.....	.....	.....
	40 Vaccini antiallergici + altri vaccini non rimbors.SSN	.....	.....	.....	.....	.....
	60 Contributo svezzamento	.....	.....	.....	.....	.....
	61 Contributo x dismetabolie alimentari	.....	.....	.....	.....	.....
30	01/03 Interv.chirurg.minori/ SSN (extra Grandi rischi)	.....	.....	.....	.....	.....
	21/23 Interv.chirurg.minori/ Privato (extra Grandi rischi)	.....	.....	.....	.....	.....
40 no per Opz.4	01 Occhiali/ fornitura completa	.....	.....	.....	.....	.....
	02 Occhiali/ sostituzione lenti	.....	.....	.....	.....	.....
	03 Occhiali/ sostituzione montatura per rottura	.....	.....	.....	.....	.....
50	01/51 Acq.Presidi terapeut./ protesi, tutori, cinti	.....	.....	.....	.....	.....
	05/55 Acq.Presidi terapeut./ ausili alla mobilità	.....	.....	.....	.....	.....
	10/60 Acq.Presidi terapeut./ apparecchi acustici	.....	.....	.....	.....	.....
	12/62 Acq.Presidi terapeut./ laringofoni, ausili respirazione	.....	.....	.....	.....	.....
60	01 Check-Up (Solo per opzione 3/F)	.....	.....	.....	.....	.....
TOTALE		.....	.....	.....	.....	.....

Si chiede accreditamento in conto corrente:

Paese	CIN Eur	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente

riservato Segret.Focas

Data liquidaz.PRATICA

NOTE:

-
- ☐ Dichiaro che le spese sono interamente a mio carico e che per le prestazioni oggetto della presente richiesta non ho diritto a rimborso da parte di terzi (SSN, Regione, altri fondi sanitari, ecc); qualora in futuro mi pervenissero indennizzi, mi impegno a darne comunicazione ai sensi dell'art 24 del Regolamento per le prestazioni assistenziali.
- ☐ Dichiaro di aver ricevuto per le prestazioni oggetto della presente richiesta un rimborso da parte di terzi (SSN, Regione, altri fondi sanitari, ecc) e di avere inserito la documentazione del rimborso ottenuto da parte di terzi nei documenti allegati.

↑ obbligatorio spuntare una delle due dichiarazioni sopra

Cellulare
Tel.Casa

Indirizzo e-mail

Data

Firma del Socio